



Universidade de Brasília

Universidade de Brasília – UnB

Instituto de Psicologia – IP

Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano – PED

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde - PGPDS

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM DESENVOLVIMENTO HUMANO,

EDUCAÇÃO E INCLUSÃO ESCOLAR – UnB/UAB

**CONHECIMENTO E ATITUDES DO PROFESSOR PARA MANEJO E ENSINO DE
ALUNOS COM TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE
(TDAH)**

TÂMARO CHAGAS MENDES

ORIENTADORA: ANA CECÍLIA FERREIRA DE AMORIM

BRASÍLIA/2015



Universidade de Brasília

Universidade de Brasília – UnB

Instituto de Psicologia – IP

Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano – PED

Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde - PGPDS

TÂMARO CHAGAS MENDES

**CONHECIMENTO E ATITUDES DO PROFESSOR PARA MANEJO E ENSINO DE
ALUNOS COM TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE
(TDAH)**

Monografia apresentada ao Curso de Especialização em
Desenvolvimento Humano, Educação e Inclusão Escolar,
do Departamento de Psicologia Escolar e do
Desenvolvimento Humano – PED/IP – UnB/UAB.

Orientadora: Ana Cecília Ferreira de Amorim

BRASÍLIA/2015

TERMO DE APROVAÇÃO

TÂMARO CHAGAS MENDES

CONHECIMENTO E ATITUDES DO PROFESSOR PARA MANEJO E ENSINO DE ALUNOS COM TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO/HIPERATIVIDADE (TDAH)

Monografia aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Especialista do Curso de Especialização em Desenvolvimento Humano, Educação e Inclusão Escolar – UnB/UAB. Apresentação ocorrida em ____/____/2015.

Aprovada pela banca formada pelos professores:

ANA CECÍLIA FERREIRA DE AMORIM
(Orientadora)

MARIA TEREZA BARROS VIANA
(Examinadora)

TÂMARO CHAGAS MENDES
(Cursista)

BRASÍLIA/2015

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a todos os
professores e profissionais de saúde que se
dedicam a estudar o TDAH e a melhorar a
vida de seus alunos e pacientes.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Universidade de Brasília e à Universidade Aberta do Brasil (polo Ipatinga) pela oportunidade de aprendizado.

À Prof.^a M.^a Ana Cecília Ferreira Amorim por sua orientação paciente e suas excelentes sugestões que permitiram a concretude deste trabalho.

À Prof.^a M.^a Maria Tereza Barros Viana, cuja avaliação elevou a qualidade técnica e científica desta pesquisa.

À tutora presencial Viviane Samora pelos esclarecimentos e apoio durante as aulas do curso.

Às professoras entrevistadas nesta pesquisa. Obrigado por compartilhar comigo seus desafios e conquistas ao lidar com o aluno com TDAH.

Às colegas de curso Adriana Cristina dos Santos e Stael Vianna Valente pelas ideias que trocamos nos momentos de animação e dúvida. Agradeço principalmente a minha querida Adriana, a qual foi quem me incentivou a participar deste curso de especialização e foi presença constante do início ao fim.

À minha mãe, Edna Tereza das Chagas, pelo apoio incondicional, por me incentivar a estudar e observar a “estranheza” dos comportamentos humanos.

"Quando encontrar seus métodos mais efetivos, a educação será quase totalmente dedicada à tarefa de estabelecer e manter uma melhor forma de vida" (B. F. Skinner).

RESUMO

O Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) caracteriza-se como um padrão persistente de desatenção e/ou impulsividade-hiperatividade que causa significativo prejuízo ao desenvolvimento do indivíduo. Nas crianças em idade escolar o desempenho acadêmico é profundamente afetado. Por isso, no tratamento interdisciplinar destas crianças, a participação do professor é crucial. O objetivo desta pesquisa foi identificar o conhecimento e as atitudes do professor para ensinar e manejar o comportamento do aluno com TDAH. Participaram da pesquisa duas professoras da rede pública municipal de Ipatinga, Minas Gerais. Utilizou-se como método a pesquisa qualitativa e como técnica a entrevista semiestruturada. Os resultados demonstram que as professoras entrevistadas possuem conhecimento das características sintomáticas do transtorno e executam ações apropriadas para lidar com as dificuldades de aprendizagem e de comportamento das crianças. Isto é, apresentam conhecimento satisfatório sobre o TDAH e atitudes adequadas para ensinar e manejar o comportamento do aluno. Entretanto, sugere-se a realização de outros estudos com amostras maiores e envolvendo a rede privada de ensino, população pouco estudada sobre esta temática.

.

Palavras-Chave: Conhecimentos e atitudes do professor, TDAH, inclusão escolar.

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	10
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	11
2.1 O Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) em crianças: conceitos e controvérsias	11
2.2 Conhecimento e atitudes do professor para ensino e manejo de alunos com TDAH	15
3 OBJETIVOS	19
4 METODOLOGIA.....	20
4.1 Fundamentação Teórica da Metodologia.....	20
4.2 Contexto da Pesquisa	21
4.3 Participantes.....	21
4.4 Materiais	21
4.5 Instrumentos de Construção de Dados.....	21
4.6 Procedimentos de Construção de Dados.....	22
4.7 Procedimentos de Análise de Dados.....	24
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	25
5.1 Conhecimento das professoras sobre o Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH)	25
5.2 Atitudes das professoras para ensinar e manejar o comportamento do aluno com TDAH	28
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	36
REFERÊNCIAS	37
APÊNDICE	41
Apêndice I – Roteiro de Entrevista Semiestruturada.....	41
ANEXOS	43
Anexo I – Carta de Apresentação (modelo).....	43
Anexo II – Aceite Institucional (modelo)	44
Anexo III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (modelo)	45

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Realização das entrevistas.....	24
--	----

1 APRESENTAÇÃO

Trabalhar com psicologia clínica infantil é se deparar constantemente com crianças em idade escolar encaminhadas sob queixas de *agitação*, *hiperatividade* e *desatenção*. Nesses casos há dois desafios: a realização do diagnóstico correto e a execução do tratamento mais adequado. Quando o diagnóstico é de Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH), opta-se por um tratamento interdisciplinar, com a participação da equipe de saúde, da família e do professor.

O TDAH é um transtorno no qual o indivíduo comporta-se de modo desatento, hiperativo e impulsivo, interferindo estes comportamentos em seu funcionamento e desenvolvimento (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2013). O tratamento é multi e interdisciplinar, pois constantemente trabalham juntos médicos, psicólogos e professores, realizando respectivamente a intervenção farmacoterapêutica, psicoterapêutica e pedagógica.

Sabe-se que as crianças com o transtorno conseguem aprender, mas precisam de estratégias alternativas de aprendizagem (GUERRA, 2011). Na sala de aula, cabe ao professor executar estas estratégias para controlar o comportamento e ensinar à criança o conteúdo estudado. É importante que ele saiba lidar com o comportamento da criança e identificar dificuldades e possibilidades.

Uma vez que a atuação do professor pode favorecer ou prejudicar o aprendizado dos alunos com TDAH, este projeto traz contribuições importantes, pois, identifica o conhecimento e as atitudes do professor em sala de aula. Afinal, pouco adianta a criança estar medicada e acompanhada por psicólogo se em sala de aula ela não é orientada para minorar suas dificuldades de aprendizagem.

O objetivo deste trabalho foi identificar o conhecimento e as atitudes do professor para ensinar e manejar o comportamento do aluno com TDAH. Utilizou-se nesta pesquisa uma metodologia qualitativa. A técnica empregada foi uma entrevista semiestruturada.

Este trabalho está dividido em cinco capítulos. O primeiro capítulo trata da fundamentação teórica, a qual consistiu em uma revisão de literatura sobre o tema estudado; o segundo apresenta os objetivos geral e específicos que o projeto almejava alcançar; o terceiro descreve detalhadamente a metodologia empregada; o quarto apresenta os resultados obtidos através da coleta de dados e as discussões realizadas; e o quinto traz as considerações finais.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 O Transtorno do Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH) em crianças: conceitos e controvérsias

O TDAH é conceituado pelo Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, 5ª edição - DSM-5, como um padrão persistente de desatenção e/ou impulsividade-hiperatividade, que interfere no funcionamento e no desenvolvimento da criança (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2013). Para fazer o diagnóstico, é necessário que o paciente atenda a no mínimo seis dos nove critérios para desatenção, e seis dos nove critérios para impulsividade-hiperatividade, levando-se em consideração os últimos seis meses. O diagnóstico de TDAH é fundamentalmente clínico, ou seja, é baseado na descrição e na observação do comportamento da criança, podendo algumas vezes ser solicitado exames neurológicos (COELHO et al., 2010; SANTOS; VASCONCELOS, 2010). É interessante observar o comportamento da criança não somente no consultório, mas também na escola, em casa, e se necessário, em outros lugares que a criança frequente.

O DSM-5 fornece três apresentações do transtorno: TDAH combinado, TDAH predominantemente com sintomas de desatenção e TDAH predominantemente com sintomas de hiperatividade/impulsividade (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2013). O TDAH de apresentação combinada demonstra maior prejuízo no funcionamento global, o de apresentação desatenta é mais frequente em crianças do sexo feminino, e o de apresentação hiperatividade/impulsividade demonstra maior agressividade (ROHDE et al., 2000). No diagnóstico clínico, os critérios do DSM-5 para o TDAH são amplamente utilizados por médicos e psicólogos do mundo inteiro.

No Brasil, é também comum a utilização da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª edição – CID-10. Na CID-10, o TDAH é comumente classificado como um dos Transtornos Hiper cinéticos (CID-F90), e para fazer o diagnóstico, dentre outras características, é necessário que a criança apresente falta de perseverança em atividades que exijam esforço cognitivo, passe de uma atividade para outra sem acabar nenhuma e seja impulsiva e imprudente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010). Ressalta-se ainda, que se evita fazer o diagnóstico antes dos 6 anos, posto a importância da influência familiar sob o comportamento da criança e a falta de estabilidade/maturidade motora (COELHO et al., 2010). Todavia, clínicos, pais e professores

devem ficar atentos, pois a prática clínica evidencia que não é tão raro crianças de 4 a 6 anos fazerem uso de alguma medicação visando tratar o transtorno.

Não há uma etiologia única que ocasione o TDAH, o que faz com que seja um transtorno multifatorial, incluindo fatores genéticos e hereditários (ARRUDA, 2006; BARKLEY, 2008). Segundo a Associação de Psiquiatria Americana (APA, 2013), a prevalência de TDAH em crianças é algo em torno de 5% na maioria das culturas. A prevalência do transtorno no Brasil é de 3 a 6% em crianças em idade escolar (COELHO et al., 2010). Em nosso país, há ainda uma grande variação a depender da região pesquisada, com taxas de 0.9%, 13% e 26.8% no Rio de Janeiro; 1.8% em São Paulo e 5.8% a 17.9% em Porto Alegre (POLANCZYK, 2008). Essa variação acontece devido ao critério utilizado para o diagnóstico, à população pesquisada (crianças, pais ou professores) e às características socioculturais de pesquisadores e pesquisados (POLANCZYK, 2008).

A despeito dos critérios diagnósticos e dos dados etiológicos, ainda persistem dúvidas sobre a existência do transtorno. Pereira (2010) afirma que há falta de rigor científico na descrição do transtorno e afirma que os critérios para diagnóstico são vagos e intencionalmente obscuros. Colombani et al. (2014), por sua vez, afirma que o diagnóstico causa controvérsias entre os profissionais, dividindo-os entre os que acreditam tratar-se de um transtorno orgânico sem influências sociais, e aqueles que criticam sua existência pela própria insuficiência no diagnóstico. A divergência entre ambas as partes continua e cada vez mais estudos estão sendo feitos para elucidar os aspectos etiológicos, diagnósticos e prognósticos do TDAH.

As considerações acima fazem menção à controvérsia em torno do transtorno e demonstram que, ciência é um fazer contínuo e não algo acabado. Entretanto, a despeito desses questionamentos, esta pesquisa seguiu as diretrizes atuais das classificações diagnósticas e das associações nacionais e internacionais que reconhecem o TDAH com um transtorno real e que necessita de tratamento, atenção e acompanhamento multiprofissional.

Segundo Barkley (2008), o TDAH é um dos principais motivos para encaminhamentos de crianças a serviços de saúde mental nos Estados Unidos. No Brasil, devido ao crescente número de trabalhos publicados no meio científico e à divulgação do transtorno na mídia, possivelmente este é também o principal motivo para os pais solicitarem consultas com psicólogo, neuropsicólogo, pediatra, neurologista ou psiquiatra – profissionais que geralmente atendem a esta demanda. Quando não são os pais que trazem a criança ao consultório, é a própria escola quem encaminha. Neste caso, geralmente são os próprios professores que

fazem o diagnóstico de maneira intuitiva, fato que já não é incomum no sistema educacional brasileiro (SANTOS; VASCONCELOS, 2010).

Conforme Barkley (2008), os critérios e a própria percepção do TDAH se alteraram ao longo da história. Um dos motivos para o aumento do diagnóstico e da percepção do transtorno, talvez seja a mudança nas famílias e nas escolas, que não são mais tão *rígidas*, característica que no passado provavelmente mantinha contidos os comportamentos característicos do transtorno (COELHO et al., 2010).

Sobre a falta de rigidez favorecendo o aparecimento do comportamento *inapropriado* do TDAH e a *indisciplina* dos alunos de modo geral, Aquino (1998, p. 185) analisou a hipótese de que “o aluno de hoje em dia é menos respeitador do que o aluno de antes [...] e que, na verdade, a escola atual teria se tornado muito permissiva”, em comparação à escola de antigamente. Esta citação é frequentemente encontrada nas falas de professores e pais. Entretanto, a frequência com que é dita não a torna necessariamente verdadeira. Para Aquino (1998), estes professores e pais estariam sendo acometidos por um saudosismo exacerbado e assim, ignorando que a escola do passado era elitista, segregacionista e muitas vezes disciplinava na base do medo e não do respeito. Um aluno com TDAH em uma escola desta época tentaria se comportar adequadamente por medo da punição, a qual costumeiramente era física (através de palmadas e palmatórias). A punição cessa o comportamento indisciplinar, mas não ensina a criança com TDAH a se comportar melhor.

Segundo Ferguson (2013), a palmada e a punição corporal não possuem nenhuma vantagem específica, sendo assim, não se pode defender o tratamento rígido e punitivo da criança. Todavia, é necessário reconhecer que a *falta de disciplina* nas famílias e nas escolas atrapalha muito no tratamento do TDAH. Falta de disciplina é um fator grave que às vezes torna o diagnóstico confuso e o prognóstico ruim. Para tratar a falta de disciplina em casa e na escola, recomenda-se a participação de pais e professores em programas de treinamento de pais, os quais são baseados no reforço positivo e na pedagogia do incentivo (HAASE et al., 2000; PINHEIRO; DEL PRETTE; HAASE, 2002). Estes programas são realizados de maneira individual como uma forma de terapia breve ou em grupo de pais ou professores (PINHEIRO; DEL PRETTE; HAASE, 2002).

O tratamento clínico individual do TDAH é feito através de terapia farmacológica e terapia comportamental, separadas ou conjuntamente (COELHO et al., 2010; SANTOS; VASCONCELOS, 2010).

A terapia farmacológica, geralmente aplicada, consiste na prescrição do cloridrato de metilfenidato (cujo nome comercial é Ritalina ou Concerta) e antidepressivos tricíclicos

(BARKLEY, 2008; COELHO et al., 2010; SANTOS; VASCONCELOS, 2010). No entanto, há controvérsia quanto à prescrição medicamentosa em crianças em idade escolar. O Fórum sobre a Medicalização da Educação e da Sociedade (2013), mantém como princípio uma posição contrária em relação aos processos de medicalização na educação. A Prof.^a Dr.^a Maria Aparecida Affonso Moysés, pediatra, professora da Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP, e militante do DESPATOLOGIZA – Movimento de despatologização da vida, afirma que a Ritalina causa dependência química e traz graves reações adversas que fazem com que o seu uso no tratamento não seja vantajoso (MOYSÉS, 2013). Frias e Júlio-Costa (2013a) reconhecem que a medicação, quando usada de modo inadequado, gera risco à população. Contudo, defendem que é eficaz e que cabe ao indivíduo escolher entre os riscos e os benefícios de seu uso.

Viégas, Gomes e Oliveira (2013, p. 271) em resposta à Frias e Júlio-Costa (2013), afirmam que a medicalização “envolve a redução da complexidade humana a características individuais ou biológicas”, e citando a bula do medicamento Ritalina, reafirmam a nocividade dos efeitos colaterais, a falta de explicação quanto a sua eficácia (como funciona e por que funciona) e a possibilidade de dependência física ou psíquica (VIÉGAS; GOMES; OLIVEIRA, 2013). Em resposta a estes comentários, Frias e Júlio-Costa (2013b) afirmam que não basta apenas se posicionar de forma contrária à medicalização, é necessário apresentar estudos que comprovem sua ineficácia, algo que segundo os autores, seus críticos não fizeram.

Apesar de toda essa controvérsia sobre a medicação, Maia et al. (2015) em recente estudo, defenderam a liberação imediata do cloridrato de metilfenidato e concluíram que o Brasil desperdiça bilhões de reais por ano deixando de prover o tratamento medicamentoso a crianças e adolescentes entre 5 e 19 anos de idade. A utilização de fármacos constitui importante tratamento para o TDAH, e por isso, o governo brasileiro deveria dar atenção ao estudo dos pesquisadores. Contudo, conforme se verá nos próximos parágrafos, também existem tratamentos não-medicamentosos eficazes para tratar o transtorno. Dentre eles a psicoterapia (ou terapia) realizada por psicólogos.

As principais abordagens psicoterápicas encontradas nesta revisão foram a terapia comportamental, a terapia cognitiva e a terapia cognitivo-comportamental (também chamada de TCC).

A terapia comportamental manipula variáveis ambientais que podem promover alterações nos padrões comportamentais de impulsividade, hiperatividade e desatenção, utilizando para este fim, análise funcional e histórica, sistema de pontos, reforçamento

diferencial, tarefas para casa, modelação e dramatização (SANTOS; VASCONCELOS, 2010). Leonardi e Rubano (2012), demonstram em uma revisão de aplicação da terapia comportamental ao tratamento de TDAH que, embora os procedimentos comportamentais geralmente sejam vistos como lentos e trabalhosos, em ambiente escolar a maioria das avaliações e das intervenções comportamentais foram práticas, bem-sucedidas e não exigiram grandes adaptações por parte dos alunos, dos professores e das instituições.

Embora menos citada na literatura, a terapia cognitiva também é aplicada para tratamento do TDAH, utilizando geralmente técnicas de autoinstrução, registro de pensamentos disfuncionais, solução de problemas, automonitoramento, autoavaliação e planejamento e cronogramas (SANTOS; VASCONCELOS, 2010).

Ainda dentre as terapias psicológicas, há a terapia cognitivo-comportamental, a qual utiliza-se tanto de técnicas cognitivas quanto de técnicas comportamentais (BARKLEY, 2008). Uma meta-análise realizada por Robinson et al. (1999), mostrou que intervenções cognitivo-comportamentais no ambiente escolar são eficazes na redução de comportamentos hiperativos-impulsivos e agressivos de crianças e adolescentes, além de produzir resultados duradouros após o fim do tratamento.

Além da intervenção farmacológica e psicoterapêutica, a intervenção pedagógica é de fundamental importância para um bom prognóstico. Intervenções pedagógicas efetivas para o transtorno geralmente incluem organização da sala de aula, uso de reforço positivo e negativo, programas de recompensas, comunicação frequente com os pais, ambiente de estudo silencioso, tempo extra para realização de tarefas e frequente *feedback* para a criança sobre o seu comportamento em sala de aula (COMUNIDADE APRENDER CRIANÇA, 2014; ELIK et al., 2015). Todavia, conforme será demonstrado na seção seguinte, essas intervenções pedagógicas muitas vezes deixam de ser utilizadas por falta de conhecimento do professor sobre o transtorno e suas implicações no comportamento do aluno.

2.2 Conhecimento e atitudes do professor para ensino e manejo de alunos com TDAH

Algumas pesquisas sobre o TDAH destacaram o conhecimento e as atitudes do professor para ensinar e manejar o comportamento da criança em sala de aula. Essas pesquisas demonstram que conhecer sobre o transtorno possibilita que o professor promova estratégias de ensino para fazer a escola um lugar mais produtivo para as crianças (TEMPLETON, 1995). Sabendo das limitações e possibilidades impostas pelo transtorno, o professor é capaz de pensar e pesquisar novas estratégias de ensino e manejo do comportamento de seu aluno.

Na intervenção pedagógica, o docente tem um papel fundamental na observação do comportamento da criança com TDAH em sala de aula. Sua observação atenta é tão importante que, estudando a influência do diagnóstico correto para realizar o tratamento, Purdie (2002) concluiu que os efeitos dos tratamentos foram melhores quando a avaliação da criança foi feita pelo professor. Isso não significa que o professor deva fazer o diagnóstico ou que está melhor capacitado para lidar com a criança, mas sim, que sua experiência com o aluno é uma importante fonte de informação que pode ajudar psicólogos e médicos a identificar e tratar prováveis casos.

Blotnicky-Gallant et al. (2015), em uma pesquisa na Nova Escócia (província canadense) procuraram identificar o conhecimento, as crenças e como os professores manejavam o comportamento de crianças com TDAH em sala de aula. Identificaram que eles possuíam mais crenças positivas, maior conhecimento sobre sintomas e menor conhecimento sobre instruções baseadas em evidências científicas. Isso demonstra que as características do transtorno são mais difundidas do que os procedimentos para lidar com ele em sala de aula. A ausência de informações para ensinar e manejar os comportamentos *inapropriados*, faz com que muitos professores possivelmente lidem com seus alunos com TDAH de maneira intuitiva e sem sistematização, tratando o comportamento desatento como *falta de interesse* e o impulsivo-hiperativo como *falta de limites*. Templeton (1995), afirma que é importante o professor conhecer as características do transtorno, pois assim pode tomar consciência de suas crenças e atitudes e, se necessário, alterá-las. Ao refletir sobre suas crenças, o professor pode eliminar estigmas sobre a criança. Pode deixar de vê-la como *preguiçosa* ou *sem limites*.

Fabiano et al. (2013), verificaram a percepção de professores do nível fundamental e médio sobre a prevalência de TDAH dentre seus alunos e concluíram que nos dois níveis houve uma subidentificação de crianças com o transtorno. A subidentificação pode trazer prejuízos aos alunos, e por isso, é importante que o professor questione suas crenças e, em caso de dúvida, encaminhe a criança para a avaliação de um especialista. Nem sempre desatenção, impulsividade e hiperatividade são sinais de TDAH. Podem também ser sintomas de outras condições, como transtorno desafiador de oposição (TDO), transtornos de ansiedade, transtornos depressivos e outros transtornos neurodesenvolvimentais (AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION, 2013). Nestes casos, o diagnóstico diferencial deve ser feito por um especialista.

No Brasil, algumas pesquisas sobre o conhecimento e atitude do professor tem constatado despreparo, falta de conhecimento sobre o TDAH e falta de apoio das instituições e das políticas públicas.

Silva et al. (2010), ao entrevistar 10 professores da rede municipal de Recife (Pernambuco), encontrou relatos de profissionais que se diziam despreparados e sem conhecimentos sobre o TDAH. A pesquisa também percebeu a falta de apoio e subsídios das políticas públicas em educação. Se fossem corretamente orientados, provavelmente conseguiriam uma atuação melhor com seus alunos, pois quando o professor possui conhecimento e treinamento adequado, ele possibilita que as crianças obtenham uma melhora notável em seu desempenho (ELIK et al., 2015).

Barros (2014), ao realizar entrevistas individuais com 18 professores da rede de ensino pública municipal da cidade de Frederico Westphalen (Rio Grande do Sul), concluiu que os professores possuem grande dificuldade de avaliar, identificar e ensinar crianças com TDAH. É necessário salientar que o professor não precisa saber diagnosticar o transtorno, mas dado sua prevalência sobre a população infantil e a influência que ele exerce sobre a aprendizagem da criança, é importante que o docente possua um conhecimento mínimo para que possa buscar uma avaliação especializada.

Zanata et al. (2010), em uma amostra composta por 303 questionários respondidos por professores, concluiu que 51,8% deles não sabiam o que é TDAH. Estes professores exerciam a profissão por tempo igual ou inferior a cinco anos. Este dado corrobora a suposição de que o tempo de experiência é um fator importante para conhecimento do transtorno. Os pesquisadores não relataram o tempo de formação dos professores, mas, se pensarmos que estes que são novos na profissão também são recém-formados, é de se admirar que não tenham se deparado com o tema em uma época na qual o TDAH é tão amplamente discutido na mídia e nas universidades. Para exemplificar, uma pesquisa no Google Trends, ferramenta que analisa a tendência das buscas no site Google, mostra que os termos *TDAH* e *hiperatividade* tiveram enorme busca no Brasil a partir de 2005¹, cinco anos antes da publicação da pesquisa de Zanata et al. (2010).

Outro resultado interessante da pesquisa de Zanata et al. (2010) é que apenas 14,4% dos professores que atuavam somente no ensino médio afirmaram conhecer o transtorno. Uma vez que o transtorno é crônico, seria de esperar que essa porcentagem fosse maior. Outras pesquisas serão necessárias para elucidar a questão, mas algumas hipóteses para o desconhecimento do professor do ensino médio sobre o TDAH seriam: o avanço no tratamento - o que permitiria maior controle dos comportamentos hiperativos-impulsivos e

¹ Esta pesquisa pode ser consultada no link:

<https://www.google.com.br/trends/explore#q=tdah%2C%20hiperatividade&geo=BR&cmpt=q&tz=Etc%2FGMT%2B3>

desatentos no adolescente -, a evasão escolar, o diagnóstico incorreto de TDAH na infância - confundindo a condição com transtornos de conduta, transtornos ansiosos e depressivos - e até mesmo a falta de informação fornecida ao professor.

Carreiro et al. (2007), em um estudo exploratório sobre o conhecimento de professores da rede pública e privada da cidade de São Paulo (São Paulo) sobre o TDAH, concluíram que há uma carência de informações dos professores de ambas as redes a respeito do transtorno, assim como falta de métodos ou estratégias específicas para a inclusão dessas crianças no processo educacional. Além dessa pesquisa, não foram encontradas outras que analisaram o conhecimento e a atitude do professor na rede privada de ensino, sugerindo ser um campo com pouca investigação.

Os resultados da pesquisa paulistana também mostram que os professores atribuem a *profissionais especializados* a responsabilidade por intervir nos casos de TDAH (CARREIRO et al., 2007). Realmente há a necessidade de diagnóstico e de intervenção médica e psicológica. Contudo, parte do tratamento multimodal é a intervenção pedagógica, na qual o professor é o mais capacitado para execução, posto que conhece melhor a classe, seus alunos e suas necessidades específicas, pois a convivência é diária.

Os dados das pesquisas acima são preocupantes. Entretanto, o desconhecimento acerca do TDAH não é de exclusividade dos professores. Gomes et al. (2007) em pesquisa de abrangência quase nacional, buscaram investigar o conhecimento da população em geral (com 16 anos ou mais de idade), de médicos, de psicólogos e de educadores sobre o transtorno. Sobre o nível de informação, entre a população em geral, 9% já ouviram falar no transtorno; entre os médicos, 98%; entre os psicólogos, 100%; e entre os educadores 98% (GOMES et al., 2007). Todos os grupos divergiram quanto às causas e tratamentos para o TDAH e apresentaram crenças não respaldadas cientificamente, conclusão que, no caso dos profissionais médicos e psicólogos, é assombrosa, pois demonstra a possibilidade de crianças não estarem sendo atendidas ou estarem sendo atendidas incorretamente.

Conforme foi demonstrado nesta revisão, pesquisas nacionais e internacionais concluem que o professor é um personagem fundamental no tratamento do TDAH, mas que demonstra pouco conhecimento e habilidade para lidar adequadamente com o aluno.

3 OBJETIVOS

Geral

Identificar o conhecimento e as atitudes de professores para ensinar e manejar o comportamento do aluno com TDAH em sala de aula.

Específicos

- Identificar o conhecimento do professor sobre o TDAH.
- Conhecer quais atitudes o professor efetua em sala de aula para ensinar e manejar comportamental do aluno com TDAH.

4 METODOLOGIA

4.1 Fundamentação Teórica da Metodologia

Este trabalho foi elaborado através de revisão bibliográfica e pesquisa de campo.

Para a revisão bibliográfica, além de livros e material impresso, foram realizadas buscas por artigos nos sites Scielo, Google Acadêmico, PubMed, Cochrane, ERIC e no portal de periódicos da CAPES. Para selecionar os estudos que seriam revisados, no primeiro subitem desta revisão (2.1), foram utilizados os seguintes descritores: *TDAH*; *TDAH, diagnóstico e tratamentos*; *ADHD* e *ADHD, diagnosis and treatments*. Para o segundo subitem (2.2), utilizou-se os descritores: *TDAH, conhecimento e atitudes do professor* e *ADHD and teachers attitudes*. Os filtros aplicados nas buscas foram: relevância do artigo e publicação nos últimos cinco anos. Em alguns casos, utilizou-se artigos anteriores a este período devido a sua importância para esta revisão. Por fim, avaliou-se a pertinência do tema abordado no artigo com o tema deste trabalho.

Na pesquisa de campo foi utilizado como método a pesquisa qualitativa, cuja técnica de observação intensiva foi a entrevista. Dada a natureza do objeto de estudo desta pesquisa, preferiu-se utilizar a abordagem qualitativa, a qual postula “que a ação humana tem sempre um significado que não pode ser empreendido pelo ponto de vista quantitativo” (FRASER; GONDIM, 2004, p. 141). A abordagem qualitativa é adequada para este trabalho pois, o que se objetiva não é mensurar o conhecimento e as atitudes dos professores sobre o TDAH, mas sim identificá-los. O instrumento utilizado para alcançar este objetivo foi a entrevista semiestruturada.

A entrevista é a técnica que permite conhecer como as pessoas percebem o mundo (FRASER; GONDIM, 2004). Os sujeitos desta pesquisa são os professores, e o conhecimento a que se propõem identificar é sobre o TDAH. Duarte (2004), ressalta que a entrevista deve obedecer a critérios e possuir rigor científico. Por este motivo, preferiu-se utilizar uma entrevista semiestruturada (Apêndice I) construída para atender os objetivos desta pesquisa e organizar a interpretação dos dados. Algumas das vantagens da entrevista são: permitir uma maior compreensão dos significados, dos valores e das opiniões dos entrevistados e uma flexibilização na condução da entrevista (FRASER; GONDIM, 2004). Foi devido a essas vantagens que se decidiu utilizar a entrevista como instrumento de coleta de dados.

4.2 Contexto da Pesquisa

A pesquisa foi realizada em uma escola municipal situada na cidade de Ipatinga, Minas Gerais. A escola possui um dos melhores Índices de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb) da cidade. Está bem localizada em um bairro comercial. Sua estrutura física está bem conservada. Possui várias salas de aula, um pátio coberto e uma quadra também coberta para realização de atividades físicas e eventos acadêmicos e culturais.

4.3 Participantes

Participaram desta pesquisa duas professoras da escola citada acima, nomeadas aqui de professoras A e B.

A docente A é professora da sala de recursos (atendimento educacional especializado). É formada há 7 anos em pedagogia e possui pós-graduação em psicopedagogia. Está há 6 anos na escola e já deu aulas para turmas regulares. Um fato interessante, é que foi diagnosticada com o TDAH por sua psicóloga. Está realizando tratamento fazendo uso de medicação e terapia comportamental.

A docente B é professora de uma turma regular. Possui 4 (quatro) alunos diagnosticados com o TDAH. É formada há 15 anos em pedagogia e possui pós-graduação em psicopedagogia. Trabalha na escola desde fevereiro de 2015.

4.4 Materiais

Para a realização deste trabalho, foram utilizados os seguintes materiais:

- 01 notebook com acesso à internet para pesquisa bibliográfica e digitação das informações colhidas no campo.
- Um *smartphone* com aplicativo de gravação para gravar as entrevistas semiestruturadas.
- Papel e caneta para realizar anotações durante as entrevistas.

4.5 Instrumentos de Construção de Dados

O instrumento utilizado nesta pesquisa foi um roteiro de entrevista semiestruturada (Apêndice I). A entrevista foi dividida em três eixos temáticos: I - Informações sobre o

professor, II - Conhecimento sobre o TDAH e III - Atitudes do professor com o aluno com TDAH.

O eixo I objetivou conhecer a formação do professor (graduação e pós-graduação), seu tempo de exercício e o tempo de trabalho com os alunos daquela escola. Foi elaborado a partir da revisão bibliográfica, na qual constatou-se que essas características do professor interferem em sua atuação com o aluno.

O eixo II visou saber o entendimento do professor sobre o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade, identificar seu conhecimento sobre o transtorno antes de atender o aluno presente em sua sala e saber se o professor recebe informações e apoio para lidar com o aluno. Este eixo também foi elaborado a partir da revisão de literatura.

O eixo III foi destinado a identificar a atuação do professor quanto às acomodações do aluno na sala de aula, à apresentação das informações durante a aula, às atividades em sala de aula e tarefas para casa, às avaliações, ao desenvolvimento da capacidade de organização, ao comportamento e ao autoconceito e vida emocional do aluno com TDAH. Este eixo foi elaborado a partir das recomendações específicas para lidar com o aluno com TDAH em sala de aula presentes na *Cartilha da Inclusão Escolar: Inclusão Baseada em Evidências Científicas* (COMUNIDADE APRENDER CRIANÇA, 2014).

Essa cartilha foi elaborada a partir de apresentações de trabalhos no Congresso Aprender Criança de 2012, no qual as proposições apresentadas por renomados especialistas foram organizadas, votadas e aprovadas pelos participantes do congresso e de toda a comunidade aprender criança (COMUNIDADE APRENDER CRIANÇA, 2014). A cartilha recebeu apoio de diversas instituições nacionais, dentre elas a Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA), a Associação Brasileira de Pediatria (SBP) e a Sociedade Brasileira de Neuropsicologia (SBNp). As recomendações da cartilha foram usadas para direcionar as perguntas para pontos cruciais nos quais a intervenção docente deve ocorrer.

4.6 Procedimentos de Construção de Dados

Os professores participantes desta pesquisa foram escolhidos da população de professores de uma escola da rede municipal da cidade de Ipatinga, Minas Gerais. A escola foi escolhida por ter alunos com o diagnóstico de TDAH dado por profissional de saúde e ter aceitado participar da pesquisa. Além desta escola, outras cinco foram visitadas, mas não foram incluídas neste estudo por não possuírem alunos com o diagnóstico de TDAH e porque os professores não puderam participar da pesquisa. Durante a visita, as professoras destas

escolas falaram que tinham em suas salas crianças que são desatentas, agitadas e hiperativas, mas que não possuíam laudo, seja por morosidade do sistema público de saúde ou por negligência dos pais. As professoras desses *alunos sem laudos* (modo como as professoras os chamam) não foram incluídas na pesquisa pois as características dessas crianças podem ou não ser classificadas como TDAH. Sendo assim, fugiria ao objetivo dessa pesquisa entrevistar estas professoras.

Na escola participante da pesquisa foram realizadas três visitas. Na primeira visita fez-se a apresentação do pesquisador (Carta de Apresentação, Anexo I) e da pesquisa (tema, participantes, objetivos e métodos). Foi também levantado se havia alunos diagnosticados com TDAH matriculados na escola. Após a confirmação, agendou-se a realização da entrevista com as duas professoras que foram aptas e que aceitaram participar da pesquisa. Na segunda visita a vice-diretora da escola assinou o Aceite Institucional (Anexo II) concordando com a realização da pesquisa, as professoras A e B leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo III) concordando em participar da entrevista e realizou-se a entrevista individualmente com cada professora e em local separado. A terceira visita concluiu a entrevista com a professora B.

Os critérios de inclusão para a participação dos professores na pesquisa foram:

- a) Estar lecionando atualmente para alunos diagnosticados com Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH).
- b) Ter aluno com mais de 6 anos de idade e com diagnóstico de TDAH firmado por profissional da área de saúde.
- c) Ter disponibilidade para participar da entrevista e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Duas professoras se encaixaram nos critérios de inclusão e puderam participar da pesquisa.

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um roteiro de entrevista semiestruturada composto por 15 (quinze) perguntas abertas (Apêndice I). A entrevista foi realizada individualmente e sem tempo mínimo ou máximo estipulado. Realizou-se uma sessão com a professora A e duas com a professora B. Esta última professora teve duas sessões pois na primeira houve um problema no aplicativo de gravação. A entrevista foi completada na segunda sessão após o conserto do aplicativo (apenas as questões 12, 13, 14 e 15 foram respondidas nesta sessão). Ressalta-se que este imprevisto não teve impacto sobre os resultados da pesquisa, pois as professoras utilizaram do tempo sem restrições, podendo se prolongar ao responder uma pergunta e ser mais breve ao responder outra.

Quadro 1. Realização das entrevistas		
DATA	Participante	Duração
18/09/2015 (sessão única)	Professora A	13 minutos e 14 segundos
18/09/2015 (sessão 01)	Professora B	13 minutos e 42 segundos
21/10/2015 (sessão 02)	Professora B	13 minutos e 60 segundos

4.7 Procedimentos de Análise de Dados

Os dados obtidos nas entrevistas foram analisados de modo individual e comparativamente.

A análise individual foi feita transcrevendo trechos das respostas das professoras que correspondem ao seu entendimento sobre o TDAH e suas atitudes em sala de aula para manejar o comportamento do aluno.

A análise comparativa foi realizada comparando os relatos das professoras entre si.

De acordo com o objetivo desta pesquisa, utilizou-se as seguintes categorias de análise:

Categoria 1: Conhecimento das professoras sobre o TDAH.

Nesta categoria foram analisadas as narrativas das professoras referente ao seu conhecimento sobre o TDAH. Analisou-se o que elas sabem sobre o transtorno, suas características, como ele é percebido em sala de aula e se elas recebem apoio e instruções para lidar com o aluno.

Categoria 2: Atitudes das professoras para ensinar e manejar o comportamento do aluno com TDAH.

Analisou-se aqui as narrativas referentes ao que as professoras fazem para lidar com o aluno em sala de aula. Buscou-se saber quais são suas estratégias para ensinar e manejar o comportamento da criança dentro de sala.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Conhecimento das professoras sobre o TDAH

Após as questões sobre a formação das professoras (eixo I), fez-se as questões do eixo II, o qual objetivou identificar o conhecimento das professoras sobre o TDAH.

Sobre seu conhecimento do transtorno, a professora A disse que as crianças com TDAH são “crianças dispersas, desatentas”, e completou sua fala dizendo:

“Observo que elas não conseguem terminar a tarefa em tempo hábil. Prestam atenção em qualquer barulho. Qualquer ruído distrai. Geralmente os materiais ficam bagunçados na carteira. Algumas são fantasiosas. Quando elas são mais novinhas, elas brincam com o material” (Dado transcrito, sessão única, 18/09/2015).

Neste relato, nota-se uma caracterização adequada, harmoniosa inclusive com os manuais diagnósticos.

Enquanto a professora A descreveu mais características desatentas, a professora B proferiu mais descrições sobre as características hiperativas-impulsivas. Disse que as crianças com TDAH demonstram:

“Agitação fora do normal e incontrolável. A desorganização muito grande que a criança tem. A incapacidade de dar continuidade a uma atividade. Um tempo muito curto de concentração. Às vezes uma agressividade. Que a gente até pode entender como agressividade, mas que na realidade a intenção não é agredir. Algumas vezes a criança vem com esse sentido de maldade mesmo, entendeu? Ela sabe o que ela está fazendo, mas ela não tem um impedidor, ela não consegue se conter. Não consegue se ater a regras” (Dado transcrito, sessão 01, 18/09/2015)

Na fala da professora B ressalta-se a dificuldade do aluno com TDAH para controlar seus impulsos, agindo às vezes de modo agressivo. Sobre a “maldade” presente no ato, isto é uma interpretação subjetiva da professora.

É interessante notar que uma professora forneceu uma descrição prevalecendo características desatentas enquanto a outra forneceu a descrição prevalecendo características hiperativas-impulsivas. Controlando essa descrição das professoras podem estar fatores como gênero e idade das crianças que são suas alunas, história prévia de interações bem e malsucedidas com crianças desatentas e agitadas, e até mesmo a próprias características pessoais das professoras para notar mais facilmente comportamentos desatentos a despeito daqueles hiperativos-impulsivos ou vice-versa.

Sobre o conhecimento prévio do transtorno, a professora A disse que seu conhecimento era:

“Simplesmente acadêmico. Não tinha contato nenhum com o TDAH, apesar de ter recebido palestras na universidade. Eu não fazia ideia no meio de um grupo de crianças o que era o TDAH, mas essas crianças elas se destacam principalmente pelo não cumprimento de tarefas” (Dado transcrito, sessão única, 18/09/2015).

A professora A possuía o conhecimento teórico do transtorno, mas não havia se deparado com nenhum aluno durante a graduação. Ao entrar em exercício, a característica que mais lhe chamou atenção foi a incapacidade de cumprir tarefas.

Já a professora B, a qual é mais experiente, afirmou que sabia que algumas crianças tinham algo diferente, mas que na época era desconhecido. Afirmou:

“Olha, assim, é um termo recente, de alguns anos pra cá, da última década, porque não se dava nomes aos bois. Eu estou há 29 anos na educação [...] não tinha um nome para esses problemas que a criança apresentava. A gente sabia que algum grupo de crianças apresentava algumas características, mas a gente não sabia o que fazer” (Dado transcrito, sessão 01, 18/09/2015).

Esta fala é especialmente interessante pois demonstra a evolução do entendimento científico sobre esses *comportamentos diferentes* de algumas crianças. O TDAH, é a nomenclatura usada hoje para os problemas de atenção e hiperatividade-impulsividade em crianças e adultos. Contudo, nem sempre foi assim. O transtorno já foi denominado de *disfunção cerebral mínima*, *reação hipercinética da infância*, e há 29 anos (em 1986, tempo citado pela professora), o rótulo diagnóstico utilizado na terceira edição do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III) era Transtorno de Déficit de Atenção (com e sem hiperatividade), usando respectivamente as siglas TDA+H e TDA-H (BARKLEY, 2008). Não só o *rótulo* era diferente, mas também os critérios para o diagnóstico. Uma recomendação interessante era que quando o relato de professores e pais fossem conflitantes, deveria se considerar primeiramente o do professor, devido sua “familiaridade com as normas adequadas à idade da criança” (BARLEY, 2008, p. 32). Ainda hoje em alguns casos, o relato do professor tende a ser mais detalhado do que o dos pais. Não por ele estar familiarizado com normas adequadas para a idade da criança, mas sim pelo seu contato direto com o aluno e a possibilidade de poder observá-lo em diferentes momentos, como na realização de atividades em sala de aula e nas brincadeiras no recreio.

O rótulo diagnóstico atual, TDAH, só começou a ser utilizado a partir da revisão do DSM-III, o qual foi denominado DSM-III-R, e incluía revisões significativas em diversos aspectos do transtorno (BARKLEY, 2008).

Diante da dificuldade de acessar veículos de comunicação midiáticos e científicos, é compreensível que há 29 anos fosse difícil *dar nome aos bois*, conforme disse a professora B. Não obstante, devido à internet e ao crescente interesse no TDAH, o acesso à informação foi facilitado e os professores podem se atualizar mais facilmente sobre algumas características do transtorno, algo que se constatou nos relatos das entrevistadas.

As professoras também foram questionadas sobre sua participação em eventos e cursos sobre o TDAH. A professora A respondeu “Sempre participo” (Dado transcrito, sessão única, 18/09/2015) e a B “Sim” (Dado transcrito, sessão 01, 18/09/2015). Este dado é importante pois a formação continuada do professor através de cursos, palestras e outros eventos o permite atualizar suas estratégias de ensino. Silva et al. (2010) afirmam que é importante que o professor busque por informações que melhorem o cotidiano escolar e social do aluno, ajudando-o a superar as dificuldades do transtorno.

Quando questionadas se já receberam algum tipo de orientação e/ou treinamento para lidar com seus alunos, a professora A disse que já recebeu orientação “Dos coordenadores. Também através dos psicólogos dos filhos” (Dado transcrito, sessão única, 18/09/2015). Em “psicólogo dos filhos”, ela se refere aos pais que levam seus filhos a psicólogos e que estes profissionais a orientavam em como lidar com o aluno.

Ainda sobre orientação e/ou treinamento, a professora B disse que: “Não. Treinamento não. Todo mundo fala muito, o falar do que é, falar o que é, falar, falar, falar” (Dado transcrito, sessão 01, 18/09/2015). Demonstra assim que há uma ênfase na descrição ou conceituação, mas não em treinamentos que visem lidar com o aluno. A fala da professora coincide com o resultado da pesquisa de Blotnicky-Gallant et al. (2015) na qual demonstraram que as características do transtorno são mais difundidas do que os procedimentos para lidar com ele em sala de aula.

Pelo relato das professoras A e B, nota-se que elas possuem um conhecimento satisfatório do que é o TDAH. A professora A deu uma descrição prevalecendo os comportamentos desatentos. Antes de entrar em exercício possuía conhecimentos apenas teórico do transtorno. Sempre procura participar de eventos e cursos e afirma que recebe apoio da escola e dos profissionais que atendem seus alunos. Já a professora B, proferiu uma descrição prevalecendo os comportamentos hiperativos-impulsivos. Antes de saber o que era TDAH já percebia que alguns alunos possuíam algumas características diferentes dos demais,

mas não sabia nomear o que seria, provavelmente pela dificuldade de acesso à informação na época quando entrou em exercício. Disse que não recebe treinamentos na escola, mas que há uma discussão sobre o transtorno, talvez excessivamente focado em sua conceituação e pouco em atitudes para lidar melhor com o aluno.

Na próxima categoria de análise, serão apresentadas as atitudes do professor que incidem no modo como ensinam e manejam o comportamento do aluno com TDAH.

5.2 Atitudes das professoras para ensinar e manejar o comportamento do aluno com TDAH

No eixo III da entrevista semiestruturada, buscou-se identificar as atitudes do professor com o aluno em sala de aula.

Sobre a disposição espacial do aluno em sala de aula, a professora A afirmou que:

“Na sala de recursos, frente a frente na mesa. E na sala de aula enquanto professora de ensino regular, coloco ele na fileira do meio, de preferência na carteira da frente” (Dado transcrito, sessão única, 18/09/2015).

Utilizando esta disposição, a professora permite que o aluno tenha menos distração. Também é melhor observado por ela e assim pode obter *feedback* constante sobre seu comportamento.

A professora B, adota a mesma estratégia, mas disse que nem sempre é possível colocar o aluno na frente. Explicou deste modo:

“Geralmente, o desejo deles é ficar o mais afastado de tudo, mas a gente percebendo isso, a gente tenta coloca-los o mais próximo do quadro, próximo da gente. Só que na sala de aula com 31 alunos eu não tenho 31 primeiros lugares, aí a gente tem aqueles que tem problema de visão e já vem como laudo para ficar nos primeiros lugares. Tem aqueles que são pequenos e precisam ficar nos primeiros lugares. Então, assim, a gente tenta se adaptar a isso aí, permitindo que eles trabalhem mais em grupo com a ajuda do outro” (Dado transcrito, sessão 01, 18/09/2015).

A fala da professora é interessante pois demonstra a diversidade de alunos com diferentes dificuldades e desvantagens dentro da sala de aula. Demonstra que nem toda estratégia pode ser adotada ao mesmo tempo para todos os alunos com necessidades educacionais especiais. Cabe ao professor avaliar como o aluno pode melhor participar da aula, favorecendo suas potencialidades e suprimindo suas dificuldades. Às vezes aquele que senta na frente pode ditar o conteúdo para o outro. Em outras vezes, a própria professora pode

ditar o conteúdo para a turma ou pedir que algum aluno leia o que está escrito no quadro enquanto ela monitora o comportamento da turma.

Sobre o modo como apresentam as informações da aula ao aluno com TDAH, a professora A disse que utiliza: “Frases curtas e diretas. Com muitas imagens também. E associações. Associações do cotidiano” (Dado transcrito, sessão única, 18/09/2015).

Realmente, frases curtas e diretas podem ser melhor compreendidas pelos alunos. A professora poderia também pedir que ele repetisse o comando da tarefa e/ou que explicasse para ela o que deve ser feito. As associações são benéficas pois tornam o conteúdo familiar ao aluno e permitem melhor memorização do conteúdo.

Ainda sobre a exposição das informações, a professora B afirmou que:

“De forma geral. A criança que tem TDAH, é muito difícil. Ela tem que ser reportada ao lugar, ao espaço, à atividade, muitas vezes durante a execução. E se ela não está medicada, ela não consegue terminar, ela não consegue executar, mesmo com alguém do lado, porque ela cansa o parceiro dela” (Dado transcrito, sessão 01, 18/09/2015).

Com esta fala, menciona o uso da medicação para controlar o comportamento hiperativo-impulsivo da criança. É importante mencionar que mesmo medicada, a criança deve receber instruções diretas e ser acompanhada no desempenho da tarefa pois a medicação favorece a concentração e a inibição de comportamentos impulsivos, mas ela não diz em que a criança deve se concentrar.

Quanto às atividades em sala de aula, perguntou-se se o aluno recebe as informações e executa suas tarefas em grau de dificuldade adequado para suas necessidades. A professora A disse:

“Eu acredito que sim. Perguntas diretas com muitas ilustrações. E devido sua atenção ser limitada, picar essa atividade porque ele não vai aguentar ficar, aguentar muito tempo. E na sala de aula colocar ele com outro colega” (Dado transcrito, sessão única, 18/09/2015).

Entende-se que ela minimiza as dificuldades da criança fazendo perguntas sem ambiguidade, graduando a atividade em pequenas partes e colocando outro colega para ajudar a criança. Essas condutas realmente favorecem o aprendizado pois permitem que o aluno evolua na matéria realizando pouco esforço.

Em resposta a mesma questão, a professora B orienta sua conduta através do direito da criança com TDAH de ser assistida de modo diferenciado. Assim, afirmou que:

“Quando ela está medicada, quando ela tem o diagnóstico, infelizmente em educação é assim: todos os iguais têm que ser tratados iguais; todos os diferentes têm direito a uma atenção diferente. [...] E aí se a família vai... busca, vem com o diagnóstico, traz o laudo, esse que é diferente tem mais direito do que os iguais. Aí eu posso... eu sou obrigada a dar uma assistência diferenciada pra ele. Quando no caso de TDAH, o nível é bem alto e ele tá medicado, ele fica igual aos iguais. Ele se torna igual aos iguais” (Dado transcrito, sessão 01, 18/09/2015).

Embora cite o direito da criança, ainda não existe na legislação brasileira uma lei em âmbito nacional específica dissertando sobre a inclusão de crianças com TDAH. Questões judiciais geralmente envolvem a citação da Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DÉFICIT DE ATENÇÃO – ABDA, 2011). Todavia, não necessariamente é preciso um diagnóstico ou laudo para conceder o direito de um aluno ter uma atenção diferenciada, posto que existem dificuldades de aprendizagem que atrapalham a criança, mas que por si só não são suficientes para se chegar a um diagnóstico.

No caso da criança com TDAH, às vezes perde-se muito tempo aguardando um laudo para se adotar medidas para minorar as dificuldades do aluno. Ora, uma vez que as estratégias de aprendizado possuem efeito colateral inexistente, não estaria o professor capacitado para aplicá-las independentemente da orientação médica ou psicológica? É verdade que para utilizar algumas medidas como a reposição de provas ou sua realização em local separado, seria necessário a comprovação do transtorno, visto que tais medidas se aplicadas em um aluno sem o transtorno lhe daria possível vantagem sobre os demais. Entretanto, outras estratégias (sentar o aluno próximo ao quadro, dar comandos claros e dar *feedback*) podem ser aplicadas de modo a beneficiar qualquer aluno da turma, e sendo assim, deveriam ser aplicadas sempre que algum aluno delas precisasse.

Em relação à avaliação do aluno com TDAH, a professora A diz que aplica a avaliação do seguinte modo:

“Com o aluno sentado na frente [...] Ele faz a avaliação junto com os outros. Caso seja necessário, se eu pegar a avaliação e ver que ele não deu conta de realizar as tarefas, é repetido pra ele em um lugar separado individualmente” (Dado transcrito, sessão única, 18/09/2015).

Em sua postura, ela proporciona ao aluno uma chance de realizar a prova com os colegas de sala, mas se ao corrigir, notar que ele se saiu mal, reaplica a prova individualmente. A professora, conhecendo as limitações do aluno, poderia separá-lo na primeira aplicação da prova. Entretanto, devido à plasticidade cerebral, há possíveis benefícios em aplicar a avaliação do modo como ela faz.

Plasticidade cerebral é a “capacidade do sistema nervoso central em adaptar-se em resposta a mudanças ambientais” (GINDRI et al., 2012, p. 349). Ocorre principalmente durante a aprendizagem e tem como princípio que treinar determinada função cerebral provavelmente fortalece esta função (GINDRI et al. 2012). Deste modo, deixar o aluno fazer a prova em grupo o permite treinar a atenção concentrada, uma vez que ele deve filtrar os estímulos do ambiente e focar na prova. À medida que se expõe a este treino, possivelmente se tornar melhor em concentrar-se. E caso em alguma avaliação ele não se saia bem nessa tarefa de filtragem, ele pode repetir a prova em local separado e sozinho, diminuindo assim o número de estímulos distratores. A vantagem deste modelo é que o aluno não é punido pelo fracasso de tentar e não conseguir.

A professora B também realiza a avaliação de modo separado. Disse que:

“Infelizmente, em todos os momentos de avaliação, eu digo infelizmente porque... ele precisa desses momentos separados, esses momentos separados só acontecem se a criança tiver um laudo. Se ele tiver um laudo de que foi diagnosticado com TDAH, isso dá a ele esse direito desses momentos individualizados de avaliação” (Dado transcrito, sessão 02, 21/10/2015).

Em sua fala, observa-se novamente sua preocupação em manter os alunos sob os mesmos direitos. Além da necessidade do aluno, ela também avalia se ele possui um diagnóstico que o faça merecedor da avaliação em separado.

Sobre a informação dada aos pais sobre o comportamento do aluno em sala de aula, a professora A afirma que conversa “sempre” com os pais. E adicionou:

“Nós não percebemos um acesso muito grande a essas famílias. Encontramos alguma resistência nesse acompanhamento, [...] mas quando percebemos que a situação está caminhando de uma forma negativa para o aluno, a escola costuma insistir com essa família ao longo do ano” (Dado transcrito, sessão única, 18/09/2015).

Infelizmente, embora a Constituição Federal estabeleça que zelar pela educação é também dever da família (BRASIL, 1988), o trecho acima revela a falta de participação de alguns pais na vida escolar dos filhos. Segundo Cavalcante (1998, p.155), as maiores barreiras à colaboração entre a família e a escola são “resultados de estereótipos, percepções distorcidas e falta de entendimento mútuo entre pais e educadores”. Em se tratando de crianças com TDAH, podemos acreditar que estes estereótipos e percepções distorcidas são ainda maiores. A autora postula que a escola é que deve iniciar a aproximação com a família, e assim sugere que os pais sejam ouvidos, dando-lhes oportunidade de verbalizar seus desejos, percepções e

sugestões; que seja certo que os pais leem e entendem as mensagens enviadas pelos professores; que a comunicação com os pais seja de maneira inteligível e que ocorram ações que promovam a oportunidade para que os pais usem suas habilidades e qualidades na escola (CAVALCANTE, 1998).

Na fala da professora, percebe-se que a insistência da escola só ocorre quando é notado que o desempenho e/ou o comportamento da criança estão caminhando em uma direção negativa para ela. É como se a escola já tivesse desistido de pedir a participação desses pais, mas que diante do agravamento da situação e do esgotamento de seus recursos, ela tivesse que acionar a família para que outras providências externas ao ambiente escolar sejam tomadas.

O grande problema na falta de participação da família e em seu acionamento tardio, é que existem determinadas providências que somente os pais podem tomar, como por exemplo, levar o filho ao médico ou ao psicólogo. E no caso do TDAH, ambas as terapias farmacológicas e psicológicas possuem efeitos imediatos limitados. Às vezes, até essas terapias produzirem efeito no comportamento da criança, pode ser tarde demais e o ano letivo já estar acabando. Nota-se assim, que quando os pais se omitem de participar da vida escolar dos filhos, e quando, como consequência, a escola hesita ou desiste de acionar a família, o maior prejudicado é a criança.

Quando questionada sobre a comunicação com os pais, a professora B explica:

“A gente tem dois tipos de pais: aqueles que rejeitam amargamente... assim, entendem como um defeito... ‘e a minha família não tem, eu não gerei um filho com este defeito’. E tem aqueles que já vem preocupados assim: ‘eu quero corrigir para que ele não seja percebido como um defeito’. E esses que já vem assim, ávidos procurando uma saída mais fácil, porque eles vêm buscando um socorro” (Dado transcrito, sessão 01, 18/09/2015).

Sua fala revela o preconceito de alguns pais que recusam acesso à informação sobre o comportamento do filho como um modo de negar a existência do TDAH. Possivelmente, para estes pais, assumir a ocorrência do transtorno traria sentimentos de vergonha e/ou culpa por ter alguém *com deficiência* na família e por ter gerado um filho *com defeitos*. Se esses pais se informassem, descobririam que o tratamento do TDAH é relativamente simples.

Schmitz, Polanczyk e Rohde (2007), afirmam que embora seja controverso, os sintomas de TDAH diminuem com a idade, principalmente os sintomas hiperativos e impulsivos. Por outro lado, preditores consistentes de persistência são: gravidade do TDAH na infância, presença de comorbidades, adversidades na infância e história familiar de TDAH

(SCHMITZ, POLANCZYK, ROHDE; 2007). Portanto, famílias que aceitam e procuram por tratamento e orientação pedagógica contribuem para a diminuição dos sintomas e para o não aparecimento de preditores de persistência, o que como consequência proporciona à criança uma melhor qualidade de vida.

Ao lidar com o aluno com TDAH, também é importante dar frequente informação ao aluno sobre sua conduta em sala de aula. Sobre isso, a professora A diz que:

“Sim. Eu costumo conversar muito com os alunos. Se ele for maior do 4º ou do 5º ano eu procuro conversar muito em particular procurando orientar. É uma coisa que eu gosto de fazer interessante, porque quanto maior, mais limitado ele se sente. Então alunos de 9 e 10 anos que começam a ter a autoestima afetada pelo desempenho, eu costumo mostrar famosos com TDAH” (Dado transcrito, sessão única, 18/09/2015).

A fala da professora demonstra sua preocupação com a autoestima do aluno. É comum que ao não conseguir fazer, terminar ou acompanhar a turma na realização de tarefas, o aluno sintasse-se *burro* ou *incapaz*. A professora age adequadamente orientando o aluno sobre suas dificuldades e possibilidades, inclusive ilustrando com os alunos mais velhos casos de famosos com TDAH. A intenção é mostrar que mesmo com dificuldades, esses famosos obtiveram sucesso pessoal e profissional, e que o aluno pode fazer o mesmo. A intenção da professora é boa e pode surtir efeitos positivos na autoestima da criança, mas é preciso ter cautela. O livro *100 questions and answers about your child ADHD: from preschool to college* (NASS; LEVENTHAL, 2011) cita famosos com TDAH. Contudo, o livro não traz referências a falas ou a documentos que comprovam a informação que disponibiliza. O alerta, portanto, é que livros e sites podem estar utilizando o nome de famosos para induzir a ideia equívoca de que o TDAH torna as crianças mais inteligentes ou criativas, informação não encontrada na literatura científica. Crianças com TDAH podem ser tão ou mais inteligentes e criativas do que as demais não pelo transtorno, mas sim por suas características pessoais e pela estimulação fornecida no ambiente, principalmente familiar e escolar.

Também questionada sobre o fornecimento de informação ao aluno sobre seu comportamento, a professora B diz que:

“Sim. Eu gosto muito de elogiar. A criança precisa ver que a gente tá vendo o progresso dela. A gente tem que perceber a evolução dele, dele pra ele e ele para o grupo. Alguns não vão chegar na média do grupo, vão estar sempre aquém do grupo, mas em alguns momentos ele evolui” (Dado transcrito, sessão 02, 21/10/2015).

Além da importância de fornecer o elogio, um aspecto interessante da fala da

professora é que ela realiza a comparação do aluno não só em relação ao grupo, mas principalmente em relação a si mesmo. Age corretamente pois, se somente comparasse o aluno com TDAH com o resto da turma, poderia de modo não intencional nutrir em si e na criança expectativas irreais. Levar em consideração o progresso individual da criança em relação a seus desempenhos anteriores é um modo justo e adequado, posto que é mais fácil que o aluno entenda que é ele quem controla seu desempenho e que seus ganhos são consequências do seu comportamento.

Ser informado sobre seu comportamento é importante para que o aluno regule sua conduta baseando-se em regras e nas consequências de seu comportamento, de modo que ele possa ser reforçado ou punido. Sobre o reforço, questionou-se as professoras sobre a utilização de encorajamento verbal e motivação. Em resposta, a professora A diz que:

“Sim. Com os mais novos é... atividades lúdicas. Eles gostam de brincadeiras... de jogos. São crianças muito inteligentes, então eu costumo colocar esses alunos na frente para apresentar alguma coisa, para fazer um trabalho para a turma e eles amam, eles gostam” (Dado transcrito, sessão única, 18/09/2015).

Neste exemplo, a professora utilizou de reforço positivo para motivar o aluno, sendo o estímulo reforçador os elogios e aplausos dela e da turma, os quais podem demonstrar para os alunos a obtenção de atenção e a aprovação do grupo. O procedimento é vantajoso pois, o fornecimento do estímulo imediatamente após a apresentação do trabalho aumenta a probabilidade desses alunos com TDAH participarem em atividades diante da turma em outras oportunidades. Reforçar positivamente é utilizar estímulos agradáveis ao aluno (aplausos, elogios, brincadeiras, e etc.) e introduzi-los imediatamente após um comportamento que se deseje aumentar a frequência.

A professora B também utiliza de procedimentos similares, e sobre a utilização de encorajamento verbal e motivação diz que “Sim. Em todo momento” (Dado transcrito, sessão 02, 21/10/2015).

Segundo Fadiman e Frager (1986), quando um comportamento é controlado por suas consequências, como fazem as professoras, é ele denominado *comportamento operante*. Este comportamento pode ter sua frequência aumentada pela utilização de reforços. O reforço positivo introduz um estímulo agradável no ambiente, enquanto o reforço negativo retira um estímulo aversivo (FADIMAN; FRAGER, 1986). Um comportamento operante também pode ser punido. A punição positiva introduz um estímulo aversivo no ambiente, enquanto que a punição negativa retira um estímulo agradável (CATANIA, 1999). Para as crianças com TDAH, recomenda-se a utilização de reforço positivo (como fazem as professoras A e B) e

quando necessário, punição negativa.

O reforço positivo pode ser aplausos, elogios e brincadeiras que a criança goste. É muito importante que ele seja dado à criança imediatamente após ela ter feito algo que o professor queria aumentar a frequência. Por exemplo, suponhamos uma criança com TDAH que é desatenta e dificilmente participa da aula, mas que um dia faz uma pergunta sobre a matéria. A professora pode elogia-la dizendo: *Que legal essa sua pergunta. Gosto muito quando participa da aula!* Como a criança gosta de ser elogiada, a probabilidade de ela fazer novas perguntas aumentou. O procedimento é simples, mas é necessário que o professor esteja atento para não perder possibilidades de reforçar e ajudar a criança a se comportar de modo mais adequado.

Todavia, nem todo comportamento em sala de aula deve ser reforçado. Alguns devem ser suprimidos. Para extinção desses comportamentos, utiliza-se especificamente de *timeout*. O *timeout* consiste em suspender a obtenção do reforço positivo por um certo período de tempo (CATANIA, 1999). Assim, suponhamos que em uma atividade lúdica a criança esteja agredindo os outros colegas. A professora pode retirar a criança da brincadeira, informá-la sobre seu comportamento inadequado, colocá-la em um local afastado da brincadeira (mas ainda sob sua visão), e só deixar que retorne após alguns minutos. É claro que, se a criança gosta de brincar sozinha ou não estiver gostando da brincadeira em grupo, o *timeout* não será punitivo. Por este motivo, é necessário conhecer as preferências da criança antes de aplicar qualquer técnica comportamental.

Ambas as professoras demonstraram utilizar procedimentos adequados para manejar o comportamento do aluno com TDAH. Tanto a professora A quanto a B, relataram dificuldades de acesso às famílias dos alunos e declararam utilizar da conversa individual e de elogios (reforço positivo) para motivar o aluno. A diferença entre elas foi que a professora A discorreu em suas repostas mais sobre procedimentos que visam minorar as dificuldades do aluno, enquanto a professora B centrou-se nos direitos do aluno com TDAH e na importância de ele possuir o diagnóstico correto e utilizar a medicação de modo adequado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O tratamento adequado de crianças com TDAH envolve a participação de diversos profissionais, dentre eles, o professor. Porém, para que sua ação pedagógica seja efetiva, é importante que o docente conheça as características do transtorno e adote atitudes que visem diminuir as dificuldades de aprendizagem e de comportamento do aluno. Foi com o objetivo de identificar o conhecimento e as atitudes do professor em relação ao aluno com TDAH que esta pesquisa foi realizada.

Através deste estudo, percebeu-se que as professoras entrevistadas possuem conhecimentos satisfatórios sobre o TDAH e posturas pedagógicas adequadas para a inclusão da criança em sala de aula. Notou-se que as professoras deram uma descrição sintomatológica do transtorno ausente de mitos e inverdades, sendo que a professora A proferiu uma descrição prevalecendo os comportamentos desatentos e a professora B os hiperativos-impulsivos. A professora A foi detalhista ao descrever sua conduta em sala de aula. A professora B ao descrever seus comportamentos também ponderou sobre no direito da criança ao atendimento educacional especializado. Ambas relataram dificuldades de acesso às famílias e a importância de sua participação na vida escolar da criança.

Devido às limitações de tempo, a amostra desta pesquisa foi restrita. Por isso, ao se generalizar os resultados, é preciso ter cautela, pois a formação e o contexto dessas professoras pode ser diferente da realidade de outros professores do país.

Novos estudos com amostras maiores trariam novos dados sobre o conhecimento e a conduta do professor em relação ao aluno com TDAH. Estes estudos poderiam incluir professores da rede privada, população pouco pesquisada até mesmo em âmbito nacional.

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRY ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-V**. Fifty Edit ed. Arinlgon, VA: American Psychiatry Association, 2013. v. V.
- AQUINO, J. G. A indisciplina e a escola atual. **Revista da Faculdade de Educação**, v. 24, n. 2, 1998.
- ARRUDA, M. A. **Levados da Breca**. Riberão Preto: Instituto Glia, 2006.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DÉFICIT DE ATENÇÃO - ABDA. **Legislação âmbito nacional**. 20, fev. 2011. Disponível em: < <http://www.tdah.org.br/br/sobre-tdah/legislacao/item/225-legisla%C3%A7%C3%A3o.html> >. Acesso em: 17, out. 2015
- BARKLEY, R. A. **Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: Manual para Diagnóstico e Tratamento**. 3ª. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- BARROS, E. R. C. **Análise da percepção e conhecimento de professores em sala de aula do ensino fundamental em escolas municipais sobre o transtorno do déficit de atenção e hiperatividade**. Dissertação (Mestrado em Educação) Departamento de Ciências Humanas. Universidade Regional do Alto Uruguai e das Missões, 2014.
- BLOTNICKY-GALLANT, P. et al. Nova Scotia Teachers' ADHD Knowledge, Beliefs, and Classroom Management Practices. **Canadian Journal of School Psychology**, v. 30, n. 1, p. 3–21, 2015.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Publicada em 05, out. 1988. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm >. Acesso em: 22, out. 2015.
- CARREIRO, L. R. R. et al. Estudo exploratório sobre o conhecimento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade entre professores de escolas públicas e privadas da cidade de São Paulo. **Cadernos de Pós-graduação em Distúrbios do Desenvolvimento**, v. 7, n. 1, p. 34–52, 2007.
- CATANIA, A. C. **Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição**. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1999.
- CAVALCANTE, R. S. C. **Colaboração entre pais e escola: educação abrangente**. *Psicol. Esc. Educ. (Impr.)*, Campinas, v. 2, n. 2, p. 153-160, 1998.
- COELHO, L. et al. Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) na criança: Aspectos neurobiológicos, diagnóstico e conduta terapêutica. **Acta Medica Portuguesa**, v. 23, n. 4, p. 689–696, 2010.
- COLOMBANI, F.; MARTINS, R. A.; SHIMIZU, A. de M. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: A Medicalização e a Coação no Desenvolvimento Moral. **Nuances: estudos sobre Educação**, v. 25, n. 1, p. 193–210, 2014.

COMUNIDADE APRENDER CRIANÇA. **Cartilha da Inclusão Escolar: Inclusão Baseada em Evidências Científicas**. Ed. Instituto Glia, 2014.

DUARTE, R. Entrevistas em pesquisas qualitativas. **Educar, Curitiba**, n. 24, p. 213–225, 2004.

ELIK, N. et al. Overcoming the Barriers to Teachers' Utilization of Evidence-Based Interventions for Children with ADHD: The Teacher Help for ADHD Program. **Perspectives on Language and Literacy**, 2015.

FABIANO, G. A. et al. Elementary and Middle School Teacher Perceptions of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Prevalence. **Child & Youth Care Forum**, v. 42, n. 2, p. 87–99, 2013.

FADIMAN, J.; FRAGER, R. **Teorias da personalidade**. São Paulo: Harbra, 1986.

FERGUSON, C. J. Spanking, corporal punishment and negative long-term outcomes: A meta-analytic review of longitudinal studies. **Clinical Psychology Review**, v. 33, n. 1, p. 196–208, 2013.

FÓRUM SOBRE MEDICALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO E DA SOCIEDADE. **Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde**. São Paulo, 2013.

FRASER, M. T. D.; GONDIM, S. M. G. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 14, n. 28, p. 139–152, 2004.

FRIAS, L.; JÚLIO-COSTA, A. Os Equívocos e Acertos da Campanha “Não à Medicalização da Vida”. **Psicologia em Pesquisa**, v. 7, n. 1, p. 3–12, 2013a.

FRIAS, L.; JÚLIO-COSTA, A. Ciência Baseada em Evidência? Resposta aos Comentários ao Artigo “Os Equívocos e Acertos da Campanha ‘Não à Medicalização da Vida’”. **Psicologia em Pesquisa**, v. 7, n. 2, p. 277–280, 2013b.

GINDRI, G. et al. Métodos em reabilitação neuropsicológica. In: LANDEIRA-FERNANDEZ, J.; FUKUSIMA, S. **Métodos em Neurociência**. São Paulo: Manole, 2012.

GOMES, M. et al. Conhecimento sobre o transtorno do déficit de atenção/hiperatividade no Brasil. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, n. 2, p. 94–101, 2007.

GUERRA, L. O diálogo entre a neurociência e a educação: da euforia aos desafios e possibilidades. **Revista Interlucução**, v. 4, n. 4, p. 3–12, 2011.

HAASE, V. G. et al. Disciplina não-coerciva: Treinamento para pais. **Psicopat. Des. Rel. Tec.**, n. 2, p. 72–135, 2000.

LEONARDI, J. L.; RUBANO, D. R. Fundamentos Empíricos da Análise do Comportamento Aplicada para o Tratamento do Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). **Revista Perspectivas**, v. 03, n. 1, p. 1–19, 2012.

MAIA, C. R. et al. The Brazilian policy of withholding treatment for ADHD is probably increasing health and social costs. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 37, n. 1, p. 67–70, 2015.

MOYSÉS, M. A. A. A ritalina e os riscos de um “genocídio do futuro”. **UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas**, 05, ago. 2013. Entrevista concedida à Isabel Gardenal. Disponível em: < <http://www.unicamp.br/unicamp/noticias/2013/08/05/ritalina-e-os-riscos-de-um-genocidio-do-futuro>>. Acesso em: 15, set. 2015.

NASS, R. D; LEVENTHAL, F. **100 Questions & Answers About Your Child's ADHD: From Preschool to College**. London: Jontes & Bartlett Learning, 2011.

PEREIRA, J. G. **A Crítica à Medicalização da Aprendizagem na Produção Acadêmica Nacional**. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente). Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, 2010.

PINHEIRO, M. I. dos S; DEL PRETTE, A.; HAASE, V. G. Pais como co-terapeutas: Treinamento em habilidades sociais como recurso adicional. **Psicopat. Des. Rel. Tec.**, n. 1, p. 1–42, 2002.

POLANCZYK, G. V. **Estudo da prevalência do Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade na infância, adolescência e idade adulta**. Tese (Doutorado). Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

PURDIE, N.; HATTIE, J.; CARROLL, A. A review of the research on interventions for attention deficit hyperactivity disorder: what works best. **Review of Educational Research**, v. 72, n. 1, p. 61–99, 2002.

ROBINSON, T. R. et al. Cognitive behavior of hyperactivity and aggression: a meta-analysis of school-based studies. **Journal of Educational Psychology**, v. 91, n. 2, p. 195–203, 1999.

ROHDE, L. A. P. et al. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n. Supl II, p. 7–11, 2000.

SANTOS, L. de F.; VASCONCELOS, L. A. Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade em Crianças: Uma Revisão Interdisciplinar. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26, n. 4, p. 717–724, 2010.

SCHMITZ, M.; POLANCZYK, G.; ROHDE, L. A. P. TDAH: remissão na adolescência e preditores de persistência em adultos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 56, supl. 1, p. 25-29, 2007.

SILVA, E. et al. **TDA/H e prática pedagógica: Conhecendo as principais dificuldades a partir de relatos de professores da rede municipal de Recife**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação). Universidade Federal de Pernambuco, 2010.

TEMPLETON, R. A. ADHD: A Teacher's Guide. In: The Oregon Conference Monograph. **Anais...** Eugene: Behavioral Research and Teaching Division of Learning and Instructional Leadership. College of Education, University of Oregon, 1995

VIÉGAS, L. D. S.; GOMES, J.; OLIVEIRA, A. R. F. de. Os Equívocos do Artigo “Os Equívocos e Acertos da Campanha ‘Não À Medicalização da Vida’”. **Psicologia em Pesquisa**, v. 7, n. 2, p. 266–276, 31 dez. 2013.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. **International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10th Revision - ICD-10**. Version: 2010. F90. Hyperkinetic disorders. Disponível em: <
<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F90>>. Acesso em: 17, out. 2015.

ZANATA, S. C. et al. O Transtorno de Déficit de Atenção (TDAH) na visão dos professores do Núcleo Regional de Educação de Paranavaí-PR. **Revista Eletrônica de Educação**, v. jan./jul., n. 6, 2010.

APÊNDICE

Apêndice I – Roteiro de Entrevista Semiestruturada

I-INFORMAÇÕES SOBRE O PROFESSOR

1) Qual sua formação?

Objetivo: Conhecer a área de graduação do professor.

2) Possui pós-graduação?

Objetivo: Saber se o professor possui especialização em sua área de atuação.

3) Há quanto tempo leciona?

Objetivo: Conhecer há quanto tempo o professor está em exercício.

4) Há quanto tempo trabalha com este aluno nesta escola?

Objetivo: Saber o tempo de trabalho do professor com a criança nesta escola.

II-CONHECIMENTO SOBRE O TDAH

5) Qual é o seu entendimento sobre o Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade (TDAH)?

Objetivo: Identificar o entendimento do professor sobre o transtorno.

6) Antes de ter este aluno em sala de aula, como era seu entendimento sobre o TDAH?

Objetivo: Identificar os conhecimentos *a priori* ao aluno.

7) Já participou de cursos, palestras e/ou eventos nos quais o TDAH foi discutido?

Objetivo: Identificar o interesse do professor em buscar informações e se foi ofertado a ele meios para obter informações sobre o transtorno.

8) Já recebeu algum tipo de orientação e/ou treinamento para lidar com seu aluno?

Objetivo: Identificar se o professor recebe apoio para lidar com o aluno.

III-ATITUDES DO PROFESSOR COM O ALUNO COM TDAH

9) Onde o aluno é acomodado na sala de aula?

Objetivo: Identificar a atuação do professor quanto às **acomodações do aluno**.

10) Como as informações da aula são apresentadas ao aluno?

Objetivo: Identificar a atuação do professor quanto à **apresentação das informações**.

11) O aluno recebe as informações e executa suas tarefas em grau de dificuldade adequado para suas necessidades?

Objetivo: Identificar a atuação do professor quanto às **atividades em sala de aula e tarefas para casa**.

12) Como é realizada a avaliação do aluno?

Objetivo: Identificar a atuação do professor quanto às **avaliações**.

13) Sempre que necessário, os pais são informados sobre o comportamento do aluno em sala de aula?

Objetivo: Identificar a atuação do professor quanto ao **desenvolvimento da capacidade de organização do aluno com TDAH**.

14) O aluno é frequentemente informado sobre seu comportamento em sala de aula?

Objetivo: Identificar a atuação do professor quanto ao **comportamento do aluno com TDAH**.

15) O aluno recebe encorajamento verbal e motivação?

Objetivo: Identificar a atuação do professor quanto ao **autoconceito e vida emocional do aluno com TDAH**.

ANEXOS

Anexo I – Carta de Apresentação (modelo)



Universidade de Brasília – UnB
 Instituto de Psicologia – IP
 Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento – PED
 Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde PGPDS
 Curso de Especialização em Desenvolvimento Humano, Educação e Inclusão Escolar

Da: Universidade de Brasília– UnB/Universidade Aberta do Brasil – UAB

Polo: _____

Para: o(a): Ilmo(a). Sr(a). Diretor(a) _____

Instituição: _____

Carta de Apresentação

Senhor (a), Diretor (a),

Estamos apresentando a V. S^a o(a) cursista pós-graduando(a)

____ que está em processo de realização do Curso de Especialização em Desenvolvimento Humano, Educação e Inclusão Escolar.

É requisito parcial para a conclusão do curso a realização de um estudo empírico sobre tema acerca da inclusão no contexto escolar, cujas estratégias metodológicas podem envolver: entrevista com professores, pais ou outros participantes; observação; e análise documental.

A realização desse trabalho tem como objetivo a formação continuada dos professores e profissionais da educação, subsidiando-os no desenvolvimento de uma prática pedagógica refletida e transformadora, tendo como consequência uma educação inclusiva.

Desde já agradecemos e nos colocamos à disposição de Vossa Senhoria para mais esclarecimentos no telefone: (061) 3107-6911.

Atenciosamente,

Coordenador(a) do Polo ou Professor(a)-Tutor(a) Presencial

Coordenadora Geral do Curso de Especialização em Desenvolvimento Humano, Educação e Inclusão Escolar: **Prof.^a Dr.^a Diva Albuquerque Maciel**

Anexo II – Aceite Institucional (modelo)



Universidade de Brasília – UnB
 Instituto de Psicologia – IP
 Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento – PED
 Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde - PGPDS
 Curso de Especialização em Desenvolvimento Humano, Educação e Inclusão Escolar

Aceite Institucional

O (A) Sr./Sra. _____ (*nome completo do responsável pela instituição*), da _____ (*nome da instituição*) está de acordo com a realização da _____ pesquisa

_____, de _____ responsabilidade do(a) _____ pesquisador(a) _____, aluna do Curso de Especialização em Desenvolvimento Humano, Educação e Inclusão Escolar no Instituto de Psicologia do Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano da Universidade de Brasília, realizado sob orientação da Prof. Doutor/Mestre _____.

O estudo envolve a realização de _____ (*entrevistas, observações e filmagens etc*) do atendimento _____ (*local na instituição a ser pesquisado*) com _____ (*participantes da pesquisa*). A pesquisa terá a duração de _____ (*tempo de duração em dias*), com previsão de início em _____ e término em _____.

Eu, _____ (*nome completo do responsável pela instituição*), _____ (*cargo do(a) responsável do(a) nome completo da instituição onde os dados serão coletados*), declaro conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

_____ (local), ____/____/____ (data).

 Nome do (a) responsável pela instituição

 Assinatura e carimbo do(a) responsável pela instituição

Anexo III – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (modelo)



Universidade de Brasília – UnB
 Instituto de Psicologia – IP
 Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento – PED
 Curso de Especialização em Desenvolvimento Humano, Educação e Inclusão Escolar

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Senhor(a) Professor(a),

Sou orientando(a) do Curso de Especialização em Desenvolvimento Humano, Educação e Inclusão Escolar, realizado pelo Instituto de Psicologia por meio da Universidade Aberta do Brasil/Universidade de Brasília (UAB-UnB) e estou realizando um estudo sobre _____. Assim, gostaria de consultá-lo(a) sobre seu interesse e disponibilidade de cooperar com a pesquisa.

Esclareço que este estudo poderá fornecer às instituições de ensino subsídios para o planejamento de atividades com vistas à promoção de condições favoráveis ao pleno desenvolvimento dos alunos em contextos inclusivos e, ainda, favorecer o processo de formação continuada dos professores nesse contexto de ensino.

A coleta de dados será realizada por meio de _____.
(explicitar todas as técnicas de coleta de dados: gravações em vídeo das situações cotidianas e rotineiras da escola; entrevistas, observações, questionários etc.)

Esclareço que a participação no estudo é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você poderá deixar a pesquisa a qualquer momento que desejar e isso não acarretará qualquer prejuízo ou alteração dos serviços disponibilizados pela escola. Asseguro-lhe que sua identificação não será divulgada em hipótese alguma e que os dados obtidos serão mantidos em total sigilo, sendo analisados coletivamente. Os dados provenientes de sua participação na pesquisa, tais como _____ *(explicitar instrumentos de coleta de dados)*, ficarão sob a guarda do pesquisador responsável pela pesquisa.

Caso tenha alguma dúvida sobre o estudo, o(a) senhor(a) poderá me contatar pelo telefone _____ ou no endereço eletrônico _____. Se tiver interesse em conhecer os resultados desta pesquisa, por favor, indique um e-mail de contato.

Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o senhor(a).

Agradeço antecipadamente sua atenção e colaboração.

Respeitosamente.

 Assinatura do Pesquisador

 Assinatura do Professor

Nome do Professor: _____

E-mail(opcional): _____